Downloaded from UvA-DARE, the institutional repository of the University of Amsterdam (UvA)
http://dare.uva.nl/document/137396

File ID	137396
Filename	Samenvatting

SOURCE (OR PART OF THE FOLLOWING SOURCE):

Type	Dissertation
Title	Geld voor GGZ : de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984)
Author	C.T. Bakker
Faculty	Faculty of Humanities
Year	2009
Pages	652
ISBN	978-90-5629-577-6

FULL BIBLIOGRAPHIC DETAILS:
http://dare.uva.nl/record/307617

Copyright

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other then for strictly personal, individual use.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (http://dare.uva.nl)

SAMENVATTING

In deze studie is onderzocht in hoeverre ontwikkelingen in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) werden beïnvloed door veranderingen in het financieringsstelsel. Daartoe zijn de wetgeving, organisatie en financiering in kaart gebracht (hoofdstukken I en V), en is op zes verschillende momenten in de geschiedenis van de GGZ gekeken naar de omvang en de praktijk van de zorgverlening (hoofdstukken II t/m IV en VI t/m VIII). De praktijk is opgedeeld in huisvesting, voeding, behandeling en personeel.

I Wetgeving, organisatie en financiering van de krankzinnigenverpleging en de extramurale GGZ tot en met de Tweede Wereldoorlog

Hoofdstuk I beschrijft het financieringsstelsel, de feitelijke geldstromen en de omvang van de gelden in de krankzinnigenverpleging en de extramurale GGZ tot en met de Tweede Wereldoorlog, tegen de achtergrond van ingrijpende sociaalpolitieke verschuivingen en economische ontwikkelingen.

De wetgeving voor de krankzinnigenverpleging bestond aanvankelijk uit de Krankzinnigenwet en de Armenwet. De Krankzinnigenwet (1841) stelde onder meer dat alleen patiënten met een rechterlijke machtiging konden worden opgenomen. De wet regelde het landelijke toezicht en stelde de provincies verantwoordelijk voor de plaatsruimtevoorziening. Sommige provincies (Noord-Holland en later ook de drie noordelijke provincies samen) exploiteerden zelf gestichten. De overige provincies sloten contracten af met bestaande en nieuw te bouwen gestichten, waarbij onder andere de afname van een vast aantal beschikbare plaatsen werd gegarandeerd. De Armenwet belastte de gemeenten met de betaling van de verpleegkosten van armlastige patiënten.

De financiering van de bouw van krankzinnigengestichten was deels in handen van de overheden. Provincies en in mindere mate gemeenten staken geld in nieuwbouw, door middel van garanties, leningen en subsidies. Particulieren waren ook belangrijke geldschieters. Vaak ging het om religieus geïnspireerde initiatieven, waarin de verzuiling te herkennen is. Investeren in deze sector was betrekkelijk risicoloos: er was immers een gegarandeerde afname en er was een gegarandeerde betaling (via de gemeentelijke betalingsplicht).

De financiering van de gestichtexploitatie was hoofdzakelijk in handen van gemeenten. De gemeentelijke betaalplicht strekte zich uit over zo'n driekwart van het totale aantal patiënten. De provincies (en tot 1924 ook het rijk) verleenden subsidie, gemiddeld 20 procent van de totale verpleegkosten. De regelingen verschilden per provincie en kenden geen wettelijke basis. Patiënten en hun familie (echtelieden, (groot)ouders of (klein)kinderen) betaalden naar draagkracht een eigen bijdrage. Gemeen-

ten moesten een deel van deze inkomsten doorbetalen aan de provincies en het rijk, ter compensatie van de provinciale bijdrage en de rijkssubsidie.
De tarieven werden bepaald door de gestichtbestuurders en de provincies samen, en lagen voor lange tijd vast; aan inflatiecorrectie werd niet gedaan. Rond de Eerste Wereldoorlog kwamen de gestichten door oorlogsinflatie in financiële moeilijkheden en er ontstond een pragmatisch koepeloverleg, dat in samenspraak met de provincies een nieuwe manier van tariefberekening introduceerde, gebaseerd op de exploitatie. De gemeenten, die de rekening betaalden, hadden er uiteindelijk niets over te zeggen.
Het hier beschreven, organisch gegroeide financieringsstelsel voor de krankzinnigenverpleging was stevig verankerd en hield in grote lijnen stand tot de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd ingevoerd (1968).
In de loop der decennia ontstonden ook extramurale vormen van hulpverlening voor mensen met psychiatrische problemen: gezinsverpleging, voor- en nazorg, consultatiebureaus voor alcoholisten, medisch opvoedkundige bureaus (MOB's), bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden (BLGM's) en instituten voor medische psychologie (IMP). Het betrof hoofdzakelijk particuliere initiatieven, soms op religieuze grondslag en in sommige provincies in nauwe samenhang met het kruiswerk.
De extramurale GGZ was heel anders georganiseerd en gefinancierd dan de krankzinnigenverpleging; wetgeving was er niet. De meeste initiatieven begonnen kleinschalig en maakten gebruik van bestaande voorzieningen, bijvoorbeeld een kantoor van een gezondheidsdienst. De financiering van de exploitatie volgde hetzelfde patroon als andere vormen van maatschappelijke gezondheidszorg die in deze tijd tot stand kwamen (zoals de zuigelingenzorg en de tbc-bestrijding). De bureaus werden uit idealisme opgezet en hulpverleners verrichtten hun werk pro deo. Zonder geld van buitenaf kon de voorziening echter niet overleven. Gemeenten namen het werk over of verleenden subsidie. Zo ontstond een wirwar van particuliere (en gemeentelijke) initiatieven met evenzoveel geldschieters: particulieren (via legaten, eenmalige giften, contributies, eigen bijdragen), gemeenten en provincies, en het Prophylaxefonds (vanaf 1934). Deze preventiepot was ingesteld bij de Ziektewet (1930).
De gebrekkige wettelijke inbedding had nadelen. In de eerste plaats leidde ze tot een onoverzichtelijk netwerk van voorzieningen (een 'lappendeken'). In de tweede plaats leidden de jaarlijkse subsidieronden tot bedrijfsonzekerheid. De structuur hield echter ook lang stand. Vanaf 1970 werd het stelsel stapsgewijs vervangen door de AWBZ.

II De Tweede Krankzinnigenwet

Na de invoering van de tweede Krankzinnigenwet (1884) groeide de om-

vang van de krankzinnigenverpleging. Dit kostte de overheid veel geld en leidde tot bezorgde reacties. In hoofdstuk II is de vraag gesteld wat hiervan de achtergrond was en wat de relatie was met veranderingen in het financieringsstelsel.
Er kwamen in korte tijd zeventien nieuwe gestichten bij. Dit was onder andere mogelijk door economische voorspoed en werd tevens beïnvloed door de verzuiling. De tweede Krankzinnigenwet gold daarbij als katalysator, vanwege de druk op provincies om voor meer plaatsruimte te zorgen. Het aantal patiënten steeg absoluut en relatief. De suggestie wordt wel gewekt dat het aanbod de vraag creëerde. Het feit dat nieuwe bedden direct bezet werden, kan echter bij nadere bestudering eveneens worden geïnterpreteerd als signaal dat er voordien een (latente) vraag bestond.
De kosten stegen ook per opgenomen patiënt. Deze reële kostengroei is eveneens ontrafeld. Allereerst is de veronderstelde kostengroei zelf ontleed. Dit bleek nodig, want nadere bestudering van de bronnen wees uit dat in beschouwingen van tijdgenoten geen onderscheid werd gemaakt tussen tarieven en werkelijke kosten. Verschillende kostenposten bleken uiteindelijk niet zo'n grote groei te hebben doorgemaakt als tijdgenoten veronderstelden, andere bleken hoofdzakelijk als gevolg van trendontwikkelingen te zijn gestegen.
Uiteindelijk is geconstateerd dat één onderdeel overeind bleef als belangrijke groeipost: de personeelslasten, die in die tijd een relatieve groei doormaakten van minder dan twintig tot bijna vijftig procent van de exploitatie van een gesticht. Deze groei werd veroorzaakt door trendontwikkelingen én door veranderingen in de omvang en de zorginhoud in de krankzinnigenverpleging. De krankzinnigengestichten moesten meer op ziekenhuizen gaan lijken en dit vereiste een betere scholing van het personeel. Er kwam een opleiding en er werd meer geschoold (en duurder) personeel aangesteld. Deze veranderingen vonden ook in de algemene ziekenhuizen plaats. Dit alles was mede mogelijk door de economische groei. Zelfs tijdgenoten merkten al op dat het een algemeen sociaal verschijnsel was. In de hele samenleving ging het beter en er werd meer geld uitgegeven aan gezondheidszorg, ook voor krankzinnigen.

III Een nieuwe tariefberekening

In hoofdstuk III is de periode rond de Eerste Wereldoorlog onderzocht. Sommige gestichten waren als gevolg van de oorlogsinflatie bijna bankroet gegaan. De financiële zorgen brachten de instellingen bij elkaar. De oplossing van de moeilijkheden was gelegen in een nieuw tariefstelsel, niet gebaseerd op (lang) van tevoren gemaakte contractafspraken, maar op de exploitatie, oftewel: een vorm van openeindfinanciering. Provincies en gestichtbestuurders hoefden het aan het einde van het boekjaar alleen nog maar eens te worden over de vraag of de gemaakte kosten te verantwoor-

den waren.
De komst van het nieuwe tariefstelsel maakte het voor de gestichten gemakkelijker om de exploitatie zonder al te grote verliezen rond te krijgen, of zelfs geld opzij te zetten voor minder goede tijden of toekomstige vernieuwingen (ofschoon dit laatste werd beschouwd als winst maken en dat was niet *bon ton*). Eindelijk was er, na de moeilijke oorlogsjaren, ook weer geld voor achterstallig onderhoud en op termijn werd het zelfs mogelijk om nieuwe therapieën in te voeren: de malariatherapie, de slaapkuur en de introductie van de open afdeling.
Of er een directe relatie bestaat tussen de invoering van deze veranderingen - die in de tijd zelf als belangrijke verbeteringen werden beschouwd - en het nieuwe tariefsysteem, is moeilijk na te gaan. Los van de inflatie ging namelijk het meeste geld zitten in personeelszaken waarvan de patienten niet direct voordeel hadden: arbeidsduurverkorting, sociale lasten en pensioenpremies. Dit waren kenmerken van de eerste serieuze welvaartsgolf in ons land.

IV De commissie-Frederiks
Hoofdstuk IV behandelt de depressietijd. De economische crisis die in 1929 wereldwijd uitbrak, leidde in 1934 tot de instelling van een landelijke bezuinigingscommissie voor de krankzinnigenverpleging, onder leiding van de secretaris-generaal van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, K. Frederiks. De commissie-Frederiks vergeleek de exploitatiecijfers van de inrichtingen met die van het (zeer goedkope) rijksgesticht te Woensel. Hoewel Woensel dit lage tarief kon berekenen doordat voorschriften van het Staatstoezicht werden genegeerd, kregen de bestuurders van de meeste andere inrichtingen te horen dat ze moesten bezuinigen. De commissie-Frederiks kwam zelf met het plan om intensiever gebruik te maken van de bestaande capaciteit; met onmiddellijke ingang werd een bouwstop ingesteld.
De bezuinigingsmaatregelen in de inrichtingen betroffen onder meer administratieve veranderingen: dure leningen werden omgezet in goedkopere, afschrijvingskosten werden verlaagd of weggelaten uit de exploitatie, in onderhoud werd gesnoeid. Een enkele keer werd op de voeding bezuinigd.
Het meeste werd gekort op personeelslasten en dit leverde ook het meeste op. Voor een belangrijk deel werd dit door rijksmaatregelen aangezwengeld. Personeel ontslaan kwam weinig voor, salariskortingen wel. Zo kregen leerling-verplegenden een lager aanvangssalaris, gediplomeerden die wilden blijven, werden op een leerlingensalaris als boventallig personeel in dienst gehouden en verplegers met trouwplannen (die meer zouden gaan verdienen) werden aan het lijntje gehouden.
Een instrument waarvan veel werd verwacht, was het overplaatsen van

patiënten naar goedkopere verpleeginrichtingen, gezinsverpleging of de maatschappij zelf (door te investeren in goede voor- en nazorg). Dit was echter een schijnbezuiniging: de voorzieningen kostten ook geld en boorden tevens nieuwe patiëntgroepen aan, en ze werden voor een belangrijk deel gefinancierd uit andere bronnen, waardoor de kosten onzichtbaar bleven.
De patiënten hebben vermoedelijk weinig last gehad van de bezuinigingen. Dat de inrichtingen achterstallig onderhoud opliepen, zou pas zichtbaar worden toen de oorlog al uitgebroken was. De maatregelen hadden vooral gevolgen voor de salariëring van het (verplegend) personeel en daarvan hebben de patiënten waarschijnlijk weinig gemerkt. Dat komt mede doordat in dezelfde tijd in veel inrichtingen ook veel werk gemaakt werd van de 'actievere therapie', vooral van het hoofdonderdeel daarvan: de arbeidstherapie. Dit maakte een deel van de personeelsmaatregelen minder zichtbaar: taken die anders door betaalde medewerkers werden gedaan (bijvoorbeeld in de keuken of de wasserij), werden nu door patiënten uitgevoerd. Patiënten werden anders bejegend dan voorheen. Hoe men deze verandering ook beoordeelt – tijdgenoten waren overwegend enthousiast - het gaf aan de inrichtingsgemeenschap in elk geval een nieuw elan.

V Wetgeving, organisatie en financiering van de GGZ na de Tweede Wereldoorlog

Hoofdstuk V gaat in op de veranderingen in de financieringsstelsels na de oorlog. Aanvankelijk veranderde er weinig. De Wederopbouw had prioriteit en werd geregeld door het Ministerie van Wederopbouw, dat zorgde voor gelden en regels, en het Ministerie van Sociale Zaken, dat een raamwerk ontwikkelde waarin wederopbouwplannen voor de gezondheidszorg moesten passen.
De wetgeving die de financiering van de psychiatrische verpleging regelde, veranderde mondjesmaat. Het Ziekenfondsenbesluit (1941) werd in 1950 ook op de eerste 42 opnamedagen in een psychiatrische inrichting van toepassing. Aanvankelijk ging het om een kleine groep verpleegden. De regeling werd uitgebreid in 1955 en 1964 (resp. 70 en 365 dagen). Prijzenbeschikkingen van het kort na de oorlog zeer machtige Directoraat voor de Prijzen van het Ministerie van Economische Zaken waren slechts zijdelings op de inrichtingen van toepassing, of ze waren van korte duur. De Financiële Verhoudingswet van 1960 maakte een einde aan de dringendste bezwaren die kleefden aan de gemeentelijke betalingsplicht.
Het systeem zelf bleef intussen onaangetast. De Algemene Bijstandswet verving in 1965 de vroegere Armenwet, maar dit maakte voor de financiering van de verpleegkosten en voor de tariefberekening geen verschil. Tarieven die voor rekening kwamen van de ziekenfondsen, werden eveneens door de inrichtingen en provincies vastgesteld. Ook de controle verander-

de nauwelijks. Het Staatstoezicht was weliswaar in 1947 overgeheveld van Binnenlandse Zaken naar Sociale Zaken (later 'Sociale Zaken en Volksgezondheid'), maar inhoudelijk veranderde er niets.
Een en ander is te begrijpen doordat het politieke klimaat na een korte omslag (de 'doorbraakgedachte') was teruggekeerd naar de vooroorlogse verhoudingen. Vernieuwingsplannen voor de GGZ waren er genoeg, maar zij bleven steken doordat het 'veld' - grotendeels gebouwd op het particuliere initiatief - vasthield aan verworvenheden en geen overheidsinmenging duldde. Wel ontstonden in de eerste jaren na de oorlog meer zuiloverstijgende overlegstructuren.
De opmars van de verzorgingsstaat was echter al begonnen. In 1968 werd de AWBZ van kracht als sluitstuk hiervan. Er werd een nieuw wettelijk kader gecreëerd voor de financiering van de intramurale GGZ. Deze was voortaan in handen van de landelijke overheid. De betaling van de eerste 365 opnamedagen bleef een ziekenfondsaangelegenheid, daarna werd de betaling overgenomen door de AWBZ. De tarieven werden vanaf nu vastgesteld in onderhandeling tussen de koepelorganen en de Ziekenfondsraad, of tussen de individuele inrichtingen en lokale uitvoeringsorganen van de ziekenfondsen (verbindingskantoren). Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) kreeg de rol van arbiter. Dit overlegorgaan was samengesteld uit vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, de koepelorganen van ziekenhuizen en inrichtingen, en enkele onafhankelijke deskundigen. Het overlegmodel dat hiermee werd gecreëerd, gaf aan de gezondheidszorgsector een grote macht, hoewel de GGZ geen grote inbreng had.
De ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) kreeg sinds het einde van de Tweede Wereldoorlog meer overheidssubsidie en kon daardoor groeien. De structuur werd echter alleen maar onoverzichtelijker en voor de verschillende bureaus bleef bedrijfsonzekerheid bestaan.
Nadat de AWBZ voor de intramurale sector was ingevoerd, werd de wet ook stapsgewijs van kracht voor de extramurale sector. De bureaus voor voor- en nazorg (inmiddels sociaal-psychiatrische diensten (SPD's) genoemd) waren in 1970 de eerste die onder de nieuwe financieringsregeling vielen. Daarna volgden de MOB's. Vervolgens werd met behulp van de AWBZ een grote herstructureringsoperatie op gang gebracht in de AGGZ: de regionalisering. Begin jaren tachtig werden in het hele land AGGZ-bureaus samengevoegd tot regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's). Wat betreft tariefstructuur werd de AGGZ opgenomen in het systeem dat gold voor de intramurale GGZ en de algemene gezondheidszorg.
Al sinds het begin van de jaren zeventig had het COZ ervoor gewaarschuwd dat dit financieringssysteem kon leiden tot grote tariefstijgingen. Gedurende de jaren zeventig was immers nog altijd sprake van outputfi-

nanciering. Het orgaan stelde niettemin steeds nieuwe richtlijnen vast die groei mogelijk maakten, ook voor de GGZ. Begin jaren tachtig belandde het land echter in een economische depressie en de enorme kostenstijgingen in de gezondheidszorg noopten de overheid om in te grijpen in het tariefstelsel. Met de komst van de 'budgettering' (in 1983 in de ziekenhuiswereld, vanaf 1984 ook in de GGZ) werd de outputfinanciering uiteindelijk weer omgezet in inputfinanciering.

VI Wederopbouw

Na de oorlog kwam er meer geld beschikbaar voor de GGZ. Wederopbouwgeld van het rijk werd ingezet om de gehavende psychiatrische inrichtingen op te lappen. De rijksoverheid stond het de inrichtingen toe extra procenten te heffen bovenop de gewone tarieven, waarin al een bedrag voor afschrijvingen was verdisconteerd. Dit geld was bedoeld voor zogenaamde 'vernieuwingsfondsen'. De AGGZ kreeg meer geld ter beschikking in de vorm van preventiegelden en later rijkssubsidies. In hoofdstuk VI is nagegaan waaraan het extra geld werd besteed.

De inrichtingen gebruikten het wederopbouwgeld en geld van vernieuwingsfondsen om schade te herstellen, paviljoens te herbouwen en technische vernieuwingen toe te passen, maar soms ook om nieuwe voorzieningen voor bijvoorbeeld de actievere therapie te creëren. Ziekenfondsbijdragen en verhoogde verpleegtarieven werden ingezet voor het gebruik van psychofarmaca en andere therapeutische veranderingen: psychiatrisch patiënten kregen in de naoorlogse periode te maken met een steeds gedifferentieerder stelsel van therapeutische voorzieningen.

De AGGZ kon in omvang flink groeien dankzij extra geld via het nieuwe Praeventiefonds en later door de komst van rijkssubsidies. Deze voorzieningen vereisten van de instellingen wel dat zij duidelijkheid gaven over de inhoud en omvang van hun werkzaamheden. Het bleek moeilijk te zijn aan deze eis tegemoet te komen: elk bureau hanteerde een eigen registratiesysteem.

Vooral de komst van de vernieuwingsfondsen kan worden gezien als een teken van een omslag in het bestuurlijk-inhoudelijke denken over de GGZ. Men dacht niet langer in termen van het behoud van het bestaande: het opknappen van verouderde gebouwen en uitbreiding alleen in kwantitatieve zin (aantal bedden, aantal behandelingen), maar in termen van vernieuwing en verbetering. De veranderingen werden door tijdgenoten dan ook als belangrijke verbeteringen beschouwd.

Of er sprake was van retoriek, of dat de financiële armslag echt tot verbeteringen had geleid, is echter moeilijk vast te stellen, omdat in deze periode ook veel meer geld werd uitgegeven aan personeelslasten die geen directe relatie met de zorg hadden. Het ging om trendontwikkelingen: sociale voorzieningen, salarisverbetering en de invoering van de vijfdaagse, 45-

urige werkweek namen een deel van de kostenstijging van de GGZ voor hun rekening. Daarin zien we een algemene sociale ontwikkeling terug: het begin van de welvaartsstaat. De instellingen moesten hieraan wel meedoen, want personeel was schaars. Zelfs de uitbreiding van het personeelsbestand, die zéker plaatsvond, hing ermee samen: zij werd voor een deel veroorzaakt door de kortere werkduur, die het op zijn beurt overigens weer moeilijker maakte om de vacatures te vervullen. Dit gold ook voor de AGGZ.

VII Een nieuwe financieringswet: de AWBZ

In 1968 werd de AWBZ van kracht en in hoofdstuk VII is gezocht naar de gevolgen hiervan voor de zorgpraktijk in de inrichtingen. Vastgesteld is dat de welvaartsgroei midden jaren zestig leidde tot een groei van de gezondheidszorg (in omvang en in kosten). Dit gold ook voor de intramurale GGZ, in ieder geval wat betreft de kosten. Deze groei vond grotendeels plaats voordat de AWBZ van kracht werd en had niets met de nieuwe wetgeving van doen. Veel nieuwe en hogere uitgaven voor het inrichtingswezen zouden ook wel zijn gedaan zonder een nieuwe wet. Het betrof kosten voor verhoging van het algemene levenspeil die in dezelfde periode ook in andere sectoren van de maatschappij plaatsvonden (bijvoorbeeld de komst van televisie). Daarbij komt dat er direct kostenoverschrijdingen gemaakt werden, doordat de nieuwe wet met een te krap budget van start ging. Dit leidde al snel tot de roep om matiging.

Een belangrijk deel van de groei betrof de personeelslasten. Het ging voor een groot deel om inflatie en andere trendontwikkelingen. Zelfs de uitbreiding van het personeel liet zich maar voor een deel terugvertalen in 'meer handen aan het bed', omdat ook in deze periode de gemiddelde arbeidsduur afnam en deeltijdwerk zijn voorzichtige intrede deed. Het opleidingsniveau veranderde wel structureel: het aantal gediplomeerden nam toe en leerlingen waren hoger opgeleid als ze aan hun studie begonnen. Dit gebeurde ook in de rest van de maatschappij.

De betaling van de verpleegkosten werd nu centraal geregeld. Jarenlang werd gezocht naar rekenmodellen, om op basis daarvan verpleegtarieven en groeipercentages te kunnen vaststellen. Het model dat uiteindelijk door het COZ werd ingevoerd, hanteerde verblijfsduur als maatstaf. Kortdurende opnames leverden meer punten op dan langdurig verblijf. Voor chronische patiënten kwamen minder middelen beschikbaar. Eind jaren zeventig werd vastgesteld dat veel chronische afdelingen van psychiatrische inrichtingen er slecht aan toe waren. 'Actie huisvesting psychiatrie' werd in het leven geroepen om de achterstanden in te lopen.

VIII Gedwongen tot samenwerking

Vanaf het midden van de jaren zestig hanteerde de landelijke overheid

twee, later drie of vier doelstellingen voor de AGGZ: de verbrokkelde structuur moest verdwijnen, de toegankelijkheid moest beter, de kosten moesten beheersbaar blijven en het aantal opnemingen moest omlaag.
In hoofdstuk VIII hebben we laten zien hoe de AWBZ bewust als beleidsinstrument werd ingezet om deze meervoudige doelstelling te bereiken. Het verbeteren van de structuur leverde niet de allergrootste problemen op. Er bestond een grote consensus over de vraag wat het probleem was. De structuur was een onoverzichtelijke en ongelijk verdeelde lappendeken en het financieringsstelsel werkte belemmerend om dit probleem op te lossen. Over de gekozen oplossing was iedereen het in grote lijnen eens: door middel van 'regionalisatie'. Over de manier waarop de regionalisatie vorm moest krijgen, bestond onenigheid. De gedwongen samenwerking was vooral voor de IMP's moeilijk te verteren.
De tweede beleidsdoelstelling is min of meer ook gerealiseerd. De AGGZ groeide flink nadat de nieuwe financieringsstructuur op de sector werd toegepast. Vooral na de invoering van de RIAGG was de toeloop enorm. Het werd voor de Nederlandse burger een stuk gemakkelijke om naar een RIAGG te stappen.
Door de toeloop nam echter het aantal opnames in inrichtingen niet af, doordat het hoofdzakelijk om nieuwe cliëntgroepen ging. De derde doelstelling werd dus niet gehaald en de vierde doelstelling, die daarmee samenhing, evenmin, ondanks het feit dat de totstandkoming van de RIAGG's budgettair neutraal moest verlopen. Zodra de oprichtingsjaren voorbij waren en de richtlijnen voor het personeel in de RIAGG waren vastgesteld (in 1984), groeide de AGGZ volop, zowel in omvang als in kosten. De kostengroei kwam gedeeltelijk voor rekening van de inflatie, maar uitte zich eveneens in een groei van het aantal formatieplaatsen, die voor een deel weer samenhing met de toenemende vraag naar de voorzieningen.

Besluit
In het besluit is geconcludeerd dat de intramurale GGZ een wettelijk stevig verankerd financieringsstelsel kende met een lange levensduur en dat de extramurale GGZ lange tijd te maken had met een rommelig financieringsstelsel zonder wettelijke basis. Vanaf eind jaren zestig veranderde dit en werd de AWBZ voor beide sectoren de financieringsbasis. Het feit dat de stelsels zo lang konden blijven bestaan, ondanks de onvrede die er zeker ook was, valt te verklaren door het gebrek aan publieke pressie, ook van de sector zelf, om er iets aan te veranderen. De kosten voor de GGZ waren relatief laag en daardoor was de politieke noodzaak om in het stelsel in te grijpen evenmin groot.
Over de gehele periode is bekeken welke veranderingen hebben plaatsgevonden in de zorgpraktijk. Om te beginnen is vastgesteld dat in de onder-

zochte periode de kosten voor de totale GGZ nimmer zijn gedaald of zelfs maar gelijk gebleven. De groei bestaat uit drie componenten: prijsontwikkeling, volume en inhoud van de zorg.
Dat een aanzienlijk deel van de kostengroei van de GGZ is veroorzaakt door prijsontwikkeling (vooral in de jaren zeventig van de twintigste eeuw), is een voor de hand liggende conclusie, maar werd niet eerder door historici zo duidelijk vastgesteld. De GGZ is een zeer arbeidsintensieve sector en in dergelijke sectoren heeft de prijsontwikkeling een vliegwieleffect.
De volumeontwikkeling is tot de Tweede Wereldoorlog de belangrijkste veroorzaker van de kostengroei geweest. Eind negentiende eeuw was ongeveer één op de duizend inwoners in een krankzinnigengesticht opgenomen. In de daarop volgende decennia verdrievoudigde het aantal. Het hoogste opnamepromillage werd eind jaren dertig gemeten, toen meer dan 3 promille van de bevolking in een inrichting opgenomen was. Tijdens de oorlog daalde het promillage, eind jaren vijftig lag het iets onder het oude niveau. Daarna daalde het aantal weer, onder andere door het verdwijnen van verstandelijk gehandicapten en mensen met ouderdomspsychiatrische klachten, om uiteindelijk op iets meer dan een promille van de bevolking te blijven steken.
De groei van de AGGZ is veel moeilijker vast te stellen, omdat pas vanaf het begin van de jaren tachtig met enigszins bruikbare registratiesystemen werd gewerkt. Nadat ook deze sector van een wettelijke grondslag werd voorzien, vond echter ook hier een grote groei plaats. Tussen 1980 en 1995 steeg het aantal ingeschreven cliënten van bijna 90.000 naar meer dan 240.000 per jaar.
In de reële kostengroei - de kosten per verpleegdag, of per patiënt of cliënt per jaar - ligt ten slotte het directe verband met de zorg. De stijging van de reële prijs had een relatief autonoom karakter, min of meer samenhangend met de stijgende welvaart en los van het geldende financieringsstelsel. Daarnaast speelden ook bedrijfseconomische kanten van de GGZ een belangrijke rol. Dit is nog niet eerder in historisch onderzoek zo vastgesteld. Het zijn de boekhouders van de gestichten en inrichtingen geweest die gewezen hebben op het belang van hun activiteiten in de instellingen voor een gezonde bedrijfsvoering en daardoor uiteindelijk ook voor de omvang en de inhoud van de zorg. De wettelijke verankering van de zorg is belangrijk geweest voor de continuïteit van de bedrijfsvoering en dit heeft mede de volumegroei bepaald. Met enkele voorbeelden is geïllustreerd dat de manier waarop de tarieven werden berekend, eveneens medebepalend is geweest voor de inhoud van de zorg.
Veranderingen in huisvesting, voeding en behandeling werden in mindere mate bepaald door verschuivingen in het financieringsstelsel. Voor huisvesting gold dat deze pas een serieuze kostenpost gingen vormen toen na

de Tweede Wereldoorlog extra gelden voor vernieuwingsfondsen beschikbaar kwamen. Het aandeel van de kostenpost 'voeding' in de exploitatie was in de loop der decennia steeds kleiner geworden, hetgeen te verklaren valt door de prijsinelasticiteit van voedsel. De kosten voor behandeling namen zo'n klein deel van de exploitatie in beslag, dat veranderingen in de behandeling moeilijk te becijferen zijn gebleken. Een uitzondering hierop vormde de introductie van psychofarmaca in de jaren vijftig.
De groei van de personeelslasten was het meest zichtbaar. Natuurlijk kostten meer en hoger opgeleide medewerkers meer geld. Verder ging het voornamelijk om trendontwikkelingen. Deze werden echter altijd met een zekere vertraging gevolgd.
Uiteindelijk is geconcludeerd dat het feit dat er een wettelijke financiële garantie was (en voor de extramurale GGZ: kwam) van belang is geweest voor de groei van de GGZ. De manier waarop het geld beschikbaar werd gesteld, was van secundair belang. Veranderingen in de zorginhoud hingen maar gedeeltelijk samen met veranderingen in de financiële regelgeving. Vaak was er sprake van een samenloop van omstandigheden, die veeleer samenhing met sociaaleconomische en demografische ontwikkelingen. Door het gebrek aan politieke interesse voor het onderwerp, hobbelde de GGZ echter vaak nét iets achter maatschappelijke trend aan. Daarom is de dynamiek van de GGZ-praktijk omschreven als 'een soms wat vertraagde weerspiegeling van de welvaartsstaat'.